UNIVERSITE D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1941 N° 30

Les Affections Gastro-duodénales

et leur Traitement en Tunisie

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1941

par

EL FAZAA SALAH

Né le 7 Février 1912 à MEDJEZ-EL-BAB (Tunisie)

JURY

MM. COSTANTINI, *Professeur de Clinique chirurgicale* — Président

CABANES, *Professeur de Clinique gynécologique*
FERRARI, *Professeur sans chaire*.....
CURTILLET, *Agrégé* (Chirurgie)..... — Juges

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet - ALGER Nord-Africaine

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1941 N° 30

Les Affections Gastro-duodénales

et leur Traitement en Tunisie

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1941

par

EL FAZAA SALAH

Né le 7 Février 1912 à MEDJEZ-EL-BAB (Tunisie)

JURY

MM. COSTANTINI, *Professeur de Clinique chirurgicale* — Président

CABANES, *Professeur de Clinique gynécologique*
FERRARI, *Professeur sans chaire*.....
CURTILLET, *Agrégé* (Chirurgie)..... — Juges

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet - ALGER Nord-Africaine

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBON (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Doyen honoraire	LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
Assesseur	CABANES (✻, ⚕, I. ✪).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Histologie et Embryologie	BENOIT (I. ✪).
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Chimie biologique et médicale	ETTORI (A. ✪).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ✪, ❁, O. ✻).
Hygiène, hydrologie et climatologie	GIBERTON (✻, A. ✪).
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ✪).
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ✪).
Bactériologie	PINOY (✻, I. ✪).
Clinique psychiâtrique	POROT (I. ✪).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique de maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie	DE RIBET (✻, ⚕, I. ✪).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (✻, ⚕, I. ✪).
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Médecine légale	N...
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N...
Clinique médicale et hygiène infantile	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✻, ⚕, I. ✪). — M. LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
M. COURRIER (✻, ⚕, I. ✪). — WEBER (✻, ⚕, I. ✪).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (✻, ⚕, I. ✪), agrégé pérennisé (Obstétrique).
M. FERRARI (✻, I. ✪). agrégé (Chirurgie)

AGREGES

Accouchements	MM. JAHIER.
Médecine	LACROIX (A. ✪).
	THIODET (⚕).
	SARROUY (✻, ⚕).
Histologie	KEHL.
Chirurgie	CURTILLET.
	GOINARD.
	SABADINI (A. ✪).
Anatomie pathologique	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	N...
Histoire naturelle pharmaceutique	ROQUES (A. ✪).
Physiologie	N...
Pharmacie	MONNET.

AGREGES LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ✪).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

A MES PARENTS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COSTANTINI

Membre correspondant de l'Académie de Médecine,

Professeur de Clinique Chirurgicale

Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Qu'il reçoive l'assurance de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean DEMIRLEAU

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Sadiki.

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse.

Vous nous avez beaucoup aidé dans son élaboration.

Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre gratitude.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur CABANES

Professeur de Clinique Gynécologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur FERRARI

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur Agrégé CURTILLET

Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE BORDEAUX

Les Affections Gastro-duodénales

et leur Traitement en Tunisie

INTRODUCTION

Chez le tunisien, l'ulcère duodénal tient dans la pathologie gastroduodénale une place prépondérante. Est-il plus fréquent que dans les autres régions de l'Afrique du Nord ? Nous n'avons pas les éléments pour juger et il y a certainement une analogie. Mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il existe une différence avec les ulcères observés en France :

1° Par la proportion énorme d'ulcères duodénaux souvent bas situés ;

2° Par la dimension de l'ulcère et l'étendue de la sclérose périulcéreuse qu'explique le stade tardif auquel les malades consentent à se faire opérer.

La prédominance chez l'homme est certainement très marquée (88 %) mais elle se rapproche davantage de la proportion observée en Europe (80 % à 90 %) qu'en Algérie où le Professeur COSTANTINI trouve qu'elle est de 98 %.

Les autres affections : cancer, syphilis, ou tuberculose sont beaucoup plus rares ;

Nous avons basé notre travail sur les cas rencontrés ces dix dernières années à l'Hôpital Sadiki ainsi que sur les statistiques personnelles du Dr. DEMIRLEAU et nous nous proposons d'étudier les

différentes affections gastro duodenales rencontrées en Tunisie, de mettre en évidence leurs particularités et de voir quelle est la meilleure thérapeutique à leur opposer.

A l'hôpital Sadiki, sur 43.047 admissions faites de 1931 à 1940, nous avons relevé 1.226 cas de pathologie gastro-duodenale, soit 3 % sur lesquels 752 opérations furent pratiquées pour ulcère.

En un an (1940 - 1941), sur 1.024 interventions réglées aseptiques, il y a eu 143 gastrectomies, soit une pour 7 (13,7 %).

Nous avons par ailleurs envisagé d'évaluer la proportion des affections gastriques chez les malades des consultations externes. C'est un travail très difficile en raison du nombre considérable des consultants (1200 à 1300 chaque matin pour l'ensemble des différentes spécialités).

Quoiqu'il en soit, à la consultation de médecine femmes, on rencontre rarement des cas d'ulcère typique.

Pendant un mois durant lequel nous avons relevé à la fin de chaque consultation, avec le nombre total des consultantes (aux environs de 100 chaque fois), le nombre de syndromes gastriques, nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'ulcère (ulcère de l'estomac vérifié radiologiquement).

Le cancer de l'estomac est encore plus rare. Nous n'en avons rencontré qu'un seul cas depuis 6 mois, chez une femme.

Ce qui paraît très fréquent chez la femme tunisienne, ce sont les gastrites banales, souvent compliquées d'insuffisance hépatique, et dont l'étiologie peut être rapportée facilement à la vie sédentaire, que mène la femme tunisienne, aux grosesses répétées et à l'alimentation spéciale.

Dans la consultation externe de médecine et de chirurgie hommes (aux environs de deux cent chaque fois), nous avons remarqué que les troubles dyspeptiques banaux sont un peu moins fréquents peut-être que chez la femme, mais les syndromes d'ulcères gastro-duodénaux sont fréquents. Pendant le même laps de temps, nous avons relevé dans la consultation des hommes 13 cas, certains d'ulcères gastro-duodénaux. Ce chiffre est certainement au-dessous de la réalité car nous avons fait notre statistique pendant le mois de Ramadan, où les malades viennent beaucoup moins nombreux à la consultation à cause du jeûne.

Nous avons rencontré pour notre part, quelques cas rares de syphilis et de tuberculose gastriques authentiques. Ces deux affections ne semblent pas fréquentes en Tunisie. Nous avons relevé également dans les statistiques de l'hôpital quelques observations étiquetées syphilis ou tuberculose gastrique, mais sans preuve histologique. Nous rapporterons plus loin les observations des cas que nous avons rencontrés en même temps que nous dirons quelques mots de ces affections.

Signalons, pour terminer, un syndrome gastrique, qui se présente, avec la même symptomatologie que

l'ulcère duodénal et dans lequel lorsqu'on intervient, on ne trouve absolument aucune trace d'ulcère, mais il existe par contre une pléiade de ganglions disséminés à la racine du mésentère. Nous parlerons plus en détail de cette curieuse affection dans un autre chapitre.

Telles sont les différentes affections gastriques qu'on rencontre habituelement en Tunisie. On voit qu'elles sont dominées par l'ulcus duodénal auquel la gastrectomie est le traitement de choix à lui opposer.

Chapitre Premier

Etiologie

Si l'étiologie des affections gastriques banales semble facile à invoquer dans ce pays, celle de l'ulcère n'est pas encore définitivement établie.

Nous avons vu que les femmes tunisiennes, si facilement dyspeptiques, doivent leur affection à leur sédentarisme exagéré, à leur régime alimentaire spécial, aux excès d'épices qu'elles introduisent dans leurs repas, peut-être aussi à l'abus du thé et du tabac. Il n'est pas douteux que la cuisine tunisienne est néfaste pour la muqueuse gastrique. Constituée surtout de ragoûts et de sauces, largement assaisonnés de poivre rouge et de piments, elle ne constitue point une nourriture de régime. L'huile d'olive, jadis abondante, permettait de faire les fritures les plus diverses. Les tomates et les poivrons constituent également la base de l'alimentation pendant une bonne partie de l'année.

Sans aller jusqu'à avancer que c'est peut-être là, la cause de la fréquence des ulcères gastro-duodénaux chez les tunisiens (puisque les femmes qui ne redoutent pas ce régime sont rarement atteintes d'ul-

cères), nous pouvons dire que ce genre de régime n'est pas, sans avoir une large part dans l'étiologie de ces dyspepsies et ces flatulences dont se trouvent affectés la majorité des hommes et surtout des femmes tunisiens.

A côté du mode spécial d'alimentation, des excès d'épices, des irrégularités des repas, de l'abus du tabac, du mode de préparation du thé qui est pris en décoction prolongée presque sirupeux, plusieurs autres facteurs peuvent être invoqués dans l'étiologie de l'ulcère en Tunisie.

La syphilis. — Elle est fréquente, mais il ne semble pas qu'elle joue un rôle étiologique indiscutable dans la pathogénie de l'ulcère. Nous pratiquons systématiquement une réaction sérologique à tous nos ulcéreux avant l'opération, en même temps que nous cherchons chez eux, les stigmates syphilitiques. Le Docteur Broc a essayé systématiquement sur un certain nombre de malades le traitement spécifique sans obtenir un résultat appréciable.

Il nous a été rarement donné d'observer une syphilis évolutive avec un ulcère. Cependant il existe des cas authentiques de syphilis gastrique en Tunisie comme ailleurs et nous en rapportons plus loin une très belle observation.

LES TROUBLES ENDOCRINIENS DANS L'ETIOLOGIE DE L'ULCERE

Les Professeurs Costantini et Lacroix, en se basant sur la rareté de l'ulcère chez la femme (2 % dans leurs statistiques et encore presque toujours après la ménopause), ont pensé que les glandes sexuelles, influencées par les conditions climatologiques, jouaient un rôle dans la pathogénie de l'ulcère. Partant de cette constatation, ils ont traité un malade atteint d'ulcère du bulbe duodénal (radiologiquement démontré et qui se manifestait cliniquement par des hématémèses et du mœlena) par de l'extrait folliculaire à dose massive (50.000 unités de benzo gynœstryl tous les 3 jours pendant un mois). Au bout de ce temps, ils ont obtenu une guérison clinique et radiologique complète. Csepai de Budapest, se basant sur les mêmes observations statistiques, ayant essayé de traiter par la folliculine 51 sujets atteints d'ulcères gastriques ou duodénaux, a réussi à guérir 47 malades sans aucun autre médicament ni régime spécial. Il cite même 9 cas où les autres interventions usuelles ont été inefficaces ; seul le traitement folliculinique a permis d'obtenir la guérison.

Dans une publication intitulée « Les relations entre les hormones sexuelles et l'ulcère gastrique », la Presse médicale de Mars 1939 rapporte les statistiques que donnent des auteurs américains dans « The American Journal of Digestive Diseases ». Ces auteurs insistent notamment sur les effets heu-

reux de l'état de grossesse sur la guérison de l'ulcère. 25 ulcéreuses ont été enceinte 52 fois. 11 d'entre elles se rappellent distinctement que leurs symptômes disparurent avec le début de l'état de grossesse.

Sur 101 cas d'ulcères gastro-duodénaux survenus avant la puberté, ils ont trouvé 49 garçons et 52 filles, alors que chez l'adulte la proportion est de 80 à 90 % d'hommes et de 10 à 20 % de femmes.

Enfin, chez 33 femmes atteintes d'ulcères, ils ont trouvé dans 46 % des cas de symptômes endocriniens.

Toutes ces publications tendent à démontrer que les glandes sexuelles ont une part de responsabilité dans la pathogénie de l'ulcère et que la folliculine à haute dose, permet d'escompter quelquefois la guérison.

Mais il n'y a pas que l'hormone folliculinique qui a été essayée dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. Le pancréas, la thyroïde, les parathyroïdes, ont été tour à tour incriminés dans la pathogénie de cette maladie, et leur extraits glandulaires essayés comme moyen de traitement.

« Fenly, en 1926, se basant sur le fait que l'ulcère gastro-oduodénal évolue vers un terrain d'acidose, préconise l'usage de l'insuline pensant trouver dans cette hormone un agent alcalinisateur de choix. Il y eut des améliorations, des guérisons et aussi des échecs. Les améliorations furent souvent remarquables. L'expérience qu'on a aujourd'hui de la médication insulinienne a fait écrire très justement par

Cade et Barral que : La cure insulinique peut être légitimement tentée et mérite de rester dans la thérapie de l'ulcère gastro-duodénal ».

L'origine parathyroïdienne a été également invoquée, et Constant, dans uen série de recherches expérimentales sur des chiens pour la production de l'ulcère, affirme que l'extirpation des parathyroïdes, dans des conditions spéciales (créer une bouche anastomotique mal située, de façon à produire uen stase de suc gastrique et d'aliments) produit une altération de la physiologie de l'estomac, laquelle prolongée, un temps assez long, peut arriver à produire le syndrome moteur et secréteur nécessaire pour le développement de l'ulcère chronique de l'estomac. Celui-ci ne serait que la conséquence d'une dysfonction prolongée de cet organe, et plusieurs auteurs ont prouvé qu'il est possible de guérir certains ulcères gastro-duodénaux par l'extrait parathyroïdien.

Mais, comme le fait remarquer le professeur Costantini : « De fait, aucune base physiologique sérieuse ne justifie l'usage des extraits parathyroïdiens puisque jamais il ne fut noté chez les ulcéreux des signes d'insuffisance parathyroïdienne. Malgré tout, l'extrait parathyroïdien peut agir, mais son action est très irrégulière. C'est cette incertitude qui a fait passer au second rang la médication hormonale parathyroïdienne ».

Tout récemment, Chiray et L. Justin-Besançon, ont publié dans « Paris Médical », les résultats d'une série d'intéresantes expériences sur la produc-

tion d'ulcères expérimentaux. Ils font ingérer à des chiens des doses quotidiennes de cinchophène variant entre 100 et 20 milligrammes par kilo de poids et ils obtiennent ainsi dans cent pour cent (100 %) des cas, au bout de deux à trois semaines, des ulcères gastriques typiques.

Ces ulcères ont certaines analogies avec l'ulcère humain. Ils ont les mêmes caractères macroscopiques et histologiques. Ils siègent toujours sur la petite courbure ou les parties adjacentes des faces, jamais sur la grande courbure. Les moyens thérapeutiques utilisés pour soigner l'ulcère humain améliorent aussi ces ulcères expérimentaux ; mais il y a aussi des différences fondamentales. L'ulcère du chien a une marche régulière et progressive si la drogue est administrée sans interruption. L'ulcère guérit si l'on arrête l'intoxication. Au contraire, on sait que la caractéristique de l'ucère humain est l'évolution par poussées.

L'ulcère du chien frappe avant tout l'estomac et très peu le duodénum. Le contraire s'observe pour l'ulcère humain.

En conclusion, rien de bien net n'est encore trouvé pour expliquer la formation de l'ulcère et si l'expérimentation parvient à faire à volonté des ulcères, il reste encore bien des points obscurs pour expliquer leur pathogénie.

Le Cancer. — Une des premières constatations que l'on est obligé de faire en matière de chirurgie gastrique en Tunisie, c'est la rareté des cancers par

rapport aux ulcères. Sur 445 malades opérés à l'Hôpital Sadiki pour affections gastro-duodénales, BRUN ne compte que 41 cancers, soit 9 % et sur 308 cancers opérés en 7 ans (1919-1925) BRUN et DELASTRE n'ont trouvé que quarante-deux (42) cancers gastriques.

Nous avons compulsé les observations de dix ans (1931-1940) et nous n'avons trouvé que vingt-cinq cas de cancers.

Certains sont étiquetés cancers duodénaux, mais rien n'a permis d'en faire la preuve et il s'agissait certainement de tumeurs pancréticoduodénales par ulcères géants.

Sans vouloir discuter à fond toutes les théories relatives à la pathogénie du cancer, essayons de passer simplement en revue les principales causes prédisposantes qui ont été successivement envisagées pour expliquer la fréquence des tumeurs malignes et voyons comment elles s'appliquent à la Tunisie.

Si nous envisageons les causes de l'irritation chronique de la muqueuse stomacale, nous les trouvons nombreuses en Tunisie. Elles résident surtout dans une alimentation particulièrement épicée, les piments, les fritures à l'huile, le poivre, entrent dans une très grande proportion dans tous les mets arabes et cependant le cancer de l'estomac et de l'œsophage sont très rares chez l'indigène musulman.

On a invoqué l'irritation causée par le tabac comme un des facteurs principaux du cancer de la lèvre et de la langue ? Il est de notion courante que les

indigènes musulmans sont très grands fumeurs, et c'est aussi le cancer de la cavité buccale que l'on rencontre le plus rarement chez eux.

Certains prétendent que la syphilis prépare le terrain au cancer ? Pourtant le nombre de malades entâchés de syphilis en Tunisie, dépasse de beaucoup le nombre de syphilitiques déjà très nombreux en France et pourtant, il y a très peu de cancéreux indigènes comparativement aux autres pays où la syphilis ne sévit pas particulièrement.

Si nous envisageons les causes de l'irritation chronique sur l'évolution des tumeurs malignes, nous voyons que dans les pays d'Europe on accuse la plus grande fréquence du cancer chez les jardiniers et, d'une façon générale, chez les ouvriers travaillant la terre. Cette explication trouverait sa justification en Tunisie chez les Juifs ; chacun sait que presque tous sont commerçants. Il est impossible par contre d'établir réellement la même relation pour les musulmans, également peu atteints par le cancer et qui, pour la plupart sont ouvriers agricoles. Restent à envisager la question ethnique, l'influence du climat, du sol, de l'eau, de la nourriture, etc. Autant de problèmes qui ont déjà été beaucoup trop discutés et dont on n'a tiré que des conclusions peu convaincantes.

Le professeur Costantini explique cependant la rareté du cancer chez les indigènes, non pas par une question de race, mais par une question d'alimentation et le professeur Delbet insiste également sur ce fait. « Les indigènes, dit-il, boivent les eaux

naturelles et ne boivent que celle-là, du moins ceux qui sont restés fidèles à l'Islam. Les nomades mangent du pain complet, la galette qu'ils fabriquent eux-mêmes. Les européens mangent du pain blanc, boivent peu d'eau et, dans certaines régions, pas du tout d'eau naturelle, c'est-à-dire d'eau du pays ». On a prétendu également que la faible consommation de viande, l'abstinence complète de viande de porc semblent être des raisons majeures pour expliquer la rareté du cancer en Tunisie, en ce qui concerne l'élément indigène de la population.

Nous ne tirons pas de conclusions immédiates, mais nous retenons simplement que le cancer et spécialement le cancer du tube digestif est une affection rare chez le tunisien. Y-a-t-il ici une question diathésique ou s'agit-il vraiment d'une influence extérieure qui s'oppose favorablement au développement de ce terrible fléau ? Et surtout quelle est cette influence favorable ? Il semble qu'elle n'a pas été encore précisée ; l'avenir nous le dira peut-être.

LA SYPHILIS ET LA TUBERCULOSE GASTRIQUE EN TUNISIE

L'étiologie de la syphilis et de la tuberculose gastriques en Tunisie ne semble pas différente des causes invoquées classiquement. D'ailleurs, ces affections sont relativement rares ; elles frappent surtout les hommes à l'âge adulte parce que, semble-t-il, ils sont plus exposés à l'intoxication éthylique. Nous n'avons pourtant pas relevé d'éthylisme dans les

antécédents de nos malades qui ont présenté des cas authentiques de syphilis ou de tuberculose gastro-duodénale. Il est vrai que nous ne possédons en tout que trois observations de ce genre.

A côté de ces différentes affections, il convient d'étudier un syndrome un peu particulier qui n'a peut-être pas d'entité morbide, mais qui se présente de la façon suivante : Un certain nombre de malades présentant un syndrome clinique et radiologique très caractéristique d'ulcère, sont opérés. A l'intervention, on ne trouve absolument aucune lésion gastrique ou duodénale, mais l'exploration montre une pléïade de ganglions surtout localisés dans la racine du mesentère. Nous nous étendrons plus loin sur cette affection.

Chapitre II

Les Ulcères Gastro-duodénaux

Nous venons de voir qu'ils dominent la pathologie gastrique du musulman tunisien. Les ulcères duodénaux sont de beaucoup les plus fréquents. Ceux de la petite courbure sont rares : 24 sur 647 dans les statistiques de l'Hôpital Sadiki. Les ulcères pyloriques sont aussi rares ; le Docteur Demirleau n'a trouvé que 10 ulcères pyloriques sur 224 ulcères opérés.

En ce qui concerne les ulcères duodénaux leur siège est dans la majorité des cas sur la première portion au niveau de la face inférieure ou interne, souvent ils sont ténébrants dans le pancréas. Les autres ulcères duodénaux sont situés, soit sur le bord inférieur du duodénum, dans le grand épiploon, soit sur le bord externe et la face antérieure. Ce sont eux qui se perforent et qu'on trouve parfois bouchés par la vésicule biliaire. Soit enfin sur le bord supérieur, développés dans le pied du petit epiploon.

Macroscopiquement, les ulcères duodénaux, surtout ceux qui siègent sur la face inférieure, offrent

un aspect spécial que nous voulons préciser. Ils s'accompagnent le plus souvent d'une réaction pancréatique énorme. Cette glande est le siège d'une pancréatite dont le volume atteint parfois celui d'un œuf de poule. On observe aussi de la périviscérite, périduodénite, péricholecystite qui forment un véritable bloc sur la tumeur ulcéreuse et il devient dans ces cas difficile d'apprécier le siège et l'étendue exacte de l'ulcère. Il faut parfois avoir recours à la duodénotomie exploratrice.

Les ulcères pyloriques n'ont rien de particulier sinon qu'ils sont rares (10 sur 224). Ceux de la petite courbure sont aussi rares, ils sont souvent géants et térébrants dans le pancréas.

Les ulcères doubles s'observent par contre assez fréquemment : 8 cas sur 224. Cinq étaient face à face sur la première portion du duodénum, 3 étaient à la fois sur la petite courbure et le duodénum. Il faut noter dans toutes ces variétés la fréquence de la sténose duodénale.

Symptomatologie. — Nous ne décrirons pas ici les symptômes des ulcères de l'estomac ou du duodénum tels qu'ils sont connus classiquement, mais nous esquissons un tableau clinique tel qu'il se présente dans la majeure partie des cas chez les indigènes souffrants d'affection gastrique et nous signalerons certains signes spéciaux que nous avons observés au cours de l'examen.

Il s'agit dans la plupart des cas d'un homme adulte aux environs de la quarantaine qui vient con-

sulter parce qu'il souffre de l'estomac depuis des années (quelquefois depuis 10 et 15 ans) ; mais alors que ces douleurs survenaient par crises durant quelques jours puis qui disparaissaient en laissant au malade quelques semaines de répit, le patient nous raconte qu'il sent comme une outre dans son ventre qui clapote, qu'il calme ses douleurs en provoquant des vomissement, qu'il rejette un liquide qui a l'aigreur du citron.

Si nous découvrons le malade, nous constatons qu'il porte dans la région épigastrique des traces de pointes de feu dont les unes atteignent parfois les dimensions d'une pièce de un et même de deux francs. Quand ces tatouages existent, l'ulcère manque rarement.

C'est qu'en effet avant de venir consulter, beaucoup de ces malades se sont adressés à des guérisseurs qui leur ont appliqué sans ménagement ces pointes de feu faites avec des tiges de fer rougies. Le siège d'application correspond à celui de la douleur maximum.

Nous avons trouvé chez nos malades, des cicatrices, soit franchement à droite de la ligne médiane, dans la région épigastrique sur le duodéno pylore. Plus souvent, il y a une couronne de larges pointe de feu au-dessus de l'ombilic et occupant toute la région épigastrique. S'il y a des irradations, douloureuses, les pointes d'irradation sont marquées, par exemple, au niveau de la colonne dorsale, ou encore dans la partie droite de l'espace interscapulaire.

Les signes de sténose accompagnent fréquemment ces ulcères ; ils n'ont rien de particulier : tension intermittente de l'épigastre, clapotage gastrique à jeûn.

Signalons que rarement nous avons rencontré des hématémèses et il est exceptionnel d'avoir l'occasion de constater de grandes hémorragies. L'examen radiologique des malades consistait jusqu'à présent en simple radioscopie et ne pouvait par conséquent mettre en évidence que les signes de sténose. Dans la plupart des cas, comme il s'agit d'ulcères calleux, lorsqu'un examen radiologique est bien fait, il met en évidence des niches ulcéreuses tout à fait caractéristiques. D'ailleurs l'examen radiologique n'a vraiment d'intérêt qu'au début, à la phase d'ulcère jeune.

Quelle thérapeutique apliquer à ces ulcères gastro-duodénaux ?

A l'Hôpital Sadiki on pratiquait chez la plus grande majorité des malades une gastro - entéro anastomose que l'on considérait comme « une intervention nécessaire à elle seule en fait de traitement chirurgical approprié à ces lésions ulcéreuses ».

Les raisons de cette conduite sont publiées dans un article de Brun dont nous reproduisons les passages essentiels :

« Nous avons une tendance de plus en plus marquée à ne pratiquer que des gastro-entero-anastomoses chaque fois que nous avons affaire à des ulcères

volumineux, duodénaux, ou duodéno - pyloriques, chaque fois que nous constations, à l'ouverture du ventre, de ces gros ulcères calleux, durs, adhérents, avec périviscerites périduodénites, ou péricholecystites et s'accompagnant surtout d'induration de la tête du pancréas. Nous réservons l'exerese aux ulcères de l'estomac, aux ulcères mobiles, petits, et lorsqu'il existe du côté de DI une étoffe suffisante pour assurer sa fermeture hermétique et solide ». Et plus loin : « Le gros grief que l'on fait à une pareille intervention est de laisser subsister l'ulcère, et la possibilité de voir survenir de redoutables complications, l'hémorragie, la perforation, le cancer. Or, les hémorragies, au moins chez les indigènes sont rares, de même les perforations qui ne s'observent que chez les sujets jeunes, chez qui elles semblent se produire au début de la maladie comme une de ses premières manifestations et comme si l'ulcère perforé devait constituer une forme bien spéciale de l'ulcère à évolution très rapide.

Quant à la cancérisation ds ulcères, nous ne l'avons pas encore observée dans le milieu indigène, alors qu'elle est relativement fréquente chez les Européens. Ceci n'a rien d'étonnant puisque les cancers gastriques que nous avons observés chez eux semblent bien avoir été des cancers primitfs, à évolution rapide, avec hématemèse et non des ulcèro-cancers. Il n'est pas douteux, d'autre part, que la gastro entero anastomose peut arriver à guérir complètement les ulcères, de cette guérison nous avons eu de très nombreuses preuves.

Et en conclusions : « La bénignité de la gastro-entéro anastomose compense largement les inconvénients qu'on lui attribue. Je ne crois pas que l'on puisse sans paradoxe en dire autant de la pylorectomie. (Paris Médical, n° du 29.1.27).

Il est évident que la gastro-entéro-anastomose est une intervention simple, qu'elle offre au malade des avantages immédiats. Celui-ci, après l'opération, est soulagé, ses douleurs disparaissent, ses vomissements cessent, il peut manger à sa guise. Quand à la cancérisation de l'ulcère duodénal, c'est un fait rarissime. Mais doit-on pour cela la préférer à la gastrectomie large ? Nous ne le croyons pas et cela pour plusieurs raisons :

1° la gastrectomie large pratiquée dans le même milieu indigène a donné une mortalité inférieure à celle qu'a donné la gastro-entéro-anastomose. A l'Hôpital Sadiki il a été fait en dix ans 365 gastro-entero-anastomose pour affections gastriques diverses avec 75 décès, soit 13,2 % de mortalité. Sur ces 565 cas, 512 avaient été faits pour ulcère gastro-duodénal avec 54 décès, à l'hôpital, soit donc une mortalité de 10,5 %.

2° la gastro-enterostomie nécessite pour le malade un régime alimentaire spécial, un horaire régulier pour la prise des repas, une nourriture légère sans poivre ni piments autant de précautions que l'indigène tunisien ne peut observer et qui lui sont pourtant indispensables.

D'ailleurs, le docteur René Broc, dans une séance à la société des Sciences Médicales de Tunis le

18 Décembre 1936, s'exprime en ces termes à propos de gastrectomie :

« La gastrectomie est le traitement des ulcères du duodénum. Lorsqu'on peut enlever l'ulcère du duodénum, il faut l'enlever, le laisser en place si cela n'est pas possible, mais alors dans ces cas, il faut faire une gastrectomie, *la plus large possible.*

« Certains chirurgiens, en présence d'ulcères de la deuxième portion du duodénum bas situés, avec pancréatite, etc. inextirpables sont d'avis qu'il faut faire une gastro-entero anastomose.

« Cette question nous intéresse, nous médecins, qui conseillons aux malades de se faire opérer. Ceux-ci surtout, s'il s'agit d'indigènes, nous demandent, s'ils seront complètement guéris, c'est-à-dire, s'ils pourront manger de tout comme les gens qui n'ont jamais été malades et s'ils seront à l'abri de rechutes;

« Pour ma part, je reconnais tous les services que m'a rendus en clientèle la gastro-enterostomie, dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal dans la classe indigène, mais notre confrère lui-même évalue à sept pour cent environ la formation des ulcères peptiques qui semble lui paraître la cause la plus fréquente des insuccès et reconnaît que l'opération ne met pas à l'abri des récidives. Nous, médecins qui revoyons les malades qui récidivent, nous pouvons estimer que la proportion des récidives soit pour ulcères peptiques, soit pour toute autre raison, est un peu supérieure à ce chiffre. On comprend qu'un malade qui a été, si j'ose dire, échaudé par un chi-

rurgien, ne tienne pas beaucoup à le revoir pour recommencer par la même opération et qu'il s'adresse plutôt au médecin. J'ai donc vu, un certain nombre de récidives, tantôt par ulcère peptique, tantôt par fermeture de la bouche opératoire, par passage simultané des aliments par la bouche chirurgicale et la région pylorique, j'ai vu une hémorragie foudroyante entraînant la mort 48 heures après une gastro-entero-anastomose, des récidives avec hématémèses et mœlena six ans, dix ans après l'opération ».

Et dans une seconde communication, le docteur Broc ajoute que d'après des malades européens suivis depuis 10 et 15 ans, le traitement médical et un régime bien observé, leur ont donné le même résultat que la gastro-entero anastomose et les ont mis aussi bien à l'abri des complications de l'ulcère, hémorragies, rétrécissement pylorique.

Mais en laissant de côté toutes ces discussions, nous devons retenir que si la gastrectomie pour ulcère gastro duodénal ne donne pas plus de mortalité que la gastro enterostomie chez l'indigène tunisien, celui-ci doit en profiter, puisqu'elle le met plus à l'abri des complications redoutables de l'ulcère peptique en même temps qu'elle lui permet de meilleures chances de guérison définitive, et lui donne enfin la possibilité de ne pas suivre un régime alimentaire scrupuleux.

Nous avons vu que comme elle est actuellement pratiquée à l'Hôpital Sadiki, la gastrectomie ne don-

ne pas plus de mortalité que la gastro-entero anastomose.

Voici la technique qu'emploie le Docteur Demirleau. Nous l'empruntons à son article sur « les affections gastriques en Tunisie et la Gastrectomie ».

« Nous avons utilisé pour tous nos malades l'anesthésie générale en circuit fermé au protoxyde ou au chloroforme oxygène, sans observer ni schock ni complication pulmonaire, à part un abcès pulmonaire qui a guéri après pneumotomie.

« Après avoir suivi la technique exacte de Finsterer aux points séparés et aux multiples plans de suture, nous utilisons une technique qui est sensiblement celle de Bergeret. Elle n'en diffère que par le sujet antérieur où nous ne suturons pas la muqueuse. Il suffit de prendre un peu la sous muqueuse pour avoir une bonne hémostase, on obtient ainsi un affrontement excellent, strictement séro-séreux et dans lequel aucun fragment de muqueuse n'est interposé. Bien qu'assez peu orthodoxe nous n'hésitons pas à l'employer depuis que nous l'avons vu décrit par Donati et surtout depuis que nous l'avons utilisé dans plus de 150 cas sans incident.

« Nous avons essayé de l'hémostase préventive dans 13 cas suivant la technique de Sénèque ; elle constitue certainement une excellente pratique, cependant nous n'avons pas continué à l'employer.

« A part quelques cas rares où une anomalie imposait, l'anastomose précolique, nous l'avons toujours faite transmesocolique, presque toujours à anse

courte, avec éperon pour éviter le reflux dans le duodénum, rarement à anse longue avec anastomose jejunojejunale complémentaire (8 fois).

« Très rarement nous avons fait le Polya, et nous préférons la technique d'HOFMEISTER FINESTERER.

Pour le Duodénum :

« Dans les cas faciles on fait ce qu'on veut, bourse ou suture ou ligature, ça tient toujours.

« Dans les cas difficiles, et en particulier dans les ulcères intrapancréatiques, nous utilisons un artifice qui nous permet de fermer sans fistule le duodénum le plus difficile ; et d'abord nous ne suturons jamais la muqueuse, ce qui facilite toujours la fermeture.

« La première manœuvre absolument indispensable consiste à aborder l'ulcère ; devant la tumeur duodénopancréatique, il n'y a qu'un moyen c'est l'ouverture de l'ulcère, ce n'est peut-être pas très aseptique, mais il n'y a pas d'autre moyen. Un coup de compresse sur le pancréas en même temps qu'on tire sur le pylore suffit à ouvrir le duodénum au niveau du bord supérieur de l'ulcère. Il se présente comme un cratère plus ou moins profond, plus ou moins étendu, formant en dehors des parois duodénales un véritable diverticule dans lequel on trouve presque toujours de gros débris alimentaires.

« Ce n'est pas un ulcère duodénal, c'est un trou dans le duodénum à travers lequel l'ulcère a gagné le pancréas. On se demande par quel processus

l'ulcère qui a dépassé de loin les limites de l'intestin continue à évoluer, non seulement par ses bords ce qui est normal, mais aussi par son fond creusant la glande pancréatique ainsi que nous avons pu le constater dans un cas où l'ulcère avait ouvert le cholédoque un peu au-dessus de l'ampoule de Vater. Ce cas que nous avons relaté ailleurs vient à l'encontre de ce que dit Leriche, à savoir que les ulcères ne creusent pas dans le pancrées, et il prouve que l'infection ascendante des voies biliaires n'est pas fatale en cas d'anastomose bilio-digestive. Celle-ci, toute spontanée qu'elle était et bien que située en milieu septique d'un cratère ulcéreux, n'avait provoqué aucune infection biliaire. L'ulcère étant ouvert et largement exposé, on peut alors en apprécier le siège exact. On achève la section du duodénum en biseau en conservant le plus possible de paroi opposée à l'ulcère. On obtient ainsi une languette mobile. Il est parfois nécessaire d'enlever la partie supérieure du bulbe qui constitue une espèce de diverticule et qui étant adhérente au pédicule hépatique empêcherait de faire une invagination correcte. A l'aide du bistouri électrique on résèque sur 1/2 centimètre la muqueuse duodénale au-dessous du bord inférieur de l'ulcère, il faut notamment le faire avec beaucoup de soins au niveau des bords de la jante pancréatique. C'est assez simple car la muqueuse se laisse extérioriser très facilement. Il ne reste plus qu'à effectuer la fermeture en passant un fil de lin à l'aide d'une aiguille courbe dans la musculeuse du duodénum au-dessous de l'ulcère là où

la muqueuse a été supprimée et en allant chercher le dos de la languette qu'on a conservée; en nouant le fil, on invagine la languette dans la lumière duodénale, on fait un surjet sur toute la ligne sous-ulcéreuse, fermant ainsi hermétiquement le duodénum par un adossement séro-musculaire et laissant le cratère ulcéreux en dehors de la lumière intestinale.

« Un deuxième surjet, en général simple retour du premier adosse la face externe du duodénum au bord supérieur du cratère. Enfin, le péritoine duodénal est suturé au péritoine prépancréatique du grand au petit épiploon. Nous n'avons jamais observé de fistule depuis que nous utilisons cette technique dont l'idée nous a été donnée par Judine, en lisant son procédé de l'escargot qu'il utilise pour venir à bout des hémorragies ulcéreuses graves. Nous sommes tellement tranquilles sur la fermeture du duodénum dans ces cas, que nous ne drainons plus jamais. Le système de la languette crée une véritable soupape qui s'oppose efficacement à la pression intraduodénale vraisemblablement assez élevée avec le type d'anastomose sans reflux. Hofminster-Finsterer.

« Avant d'utiliser ce procédé nous avons observé 7 fistules duodénales dont une mortelle et 3 lachâges de sutures également mortelles. Depuis, nous n'en avons jamais observées.

« Il peut également être utilisé avec succès dans les ulcères développés dans le fond du pédicule hépatique. Seuls les ulcères de la face antéro-externe

restent difficiles à fermer quand ils sont calleux et bas situés. Actuellement, ce sont ceux que nous redoutons le plus quand les malades sont gras et nous n'hésitons pas alors à brancher une incision transversale sur la médiane, ce qui aggrave l'opération mais permet la fermeture du duodénum.

« Un auteur allemand a récemment décrit la même technique d'invagination d'un lambeau opposé à l'ulcère, mais il suture ce dernier au bord supérieur de l'ulcère après en avoir enlevé le fond. Il laisse donc l'ulcère dans la lumière intestinale. Il obtiendrait le même résultat avec beaucoup moins de mal et beaucoup moins de risques en pratiquant la gastrectomie pour exclusion, et en sectionnant loin de l'ulcère.

« Cette méthode peut néanmoins rendre de grands services ; elle permet de s'aventurer dans un ulcère bas situé avec la certitude qu'on pourra tout de même fermer le duodénum. Dans 3 cas, nous l'avons utilisée avec succès.

« Dans un premier cas, un liquide blanchâtre ayant jailli du centre de l'ulcère on s'aperçut qu'il s'agissait du canal de Santorini, on referma le duodénum sur l'ulcère.

«Dans un second cas, on se trouve en présence d'un ulcère géant, s'étendant sur presque toute la hauteur de la tête du pancréas et ayant pour centre l'ampoule da Vater qu'on peut cathétériser à l'aide d'une bougie. L'état du duodénum, les dimensions de l'ulcère rendaient impossible la suture au-dessus

de l'ulcère. A l'aide du bistouri électrique on fait une tranchée dans le pancréas un peu au-dessus de l'ampoule de Vater et on ferma le duodénum dans la tranchée pancréatique. La fermeture tint très bien et la guérison se fit sans incident.

Résultats. — « Nous avons fait 270 gastrectomies pour affections gastriques diverses avec 36 morts, soit 13,38 % de mortalité. 224 ont été pratiquées pour ulcère simple avec 10,4 % de mortalité, chiffre qui peut paraître élevé, mais qui s'explique par la condition des malades et le siège de l'ulcère et qui est inférieur à la statistique des gastroentérostomies faite à l'hôpital Sadiki pendant 10 ans.

Cause de morts. — « Mis à part, les cas où l'état général était très mauvais, les causes de morts les plus fréquentes résident dans l'imperfection de la suture duodénale. Quelques cas particuliers méritent d'être signalés.

« Perforation d'un ulcère laissé en place le troisième jour après une gastrectomie pour exclusion.

« Dilatation duodénale aigue après un Polya le sixième jour d'une gastrectomie dont les suites étaient parfaites. La suture duodénale avait résisté à l'énorme dilatation duodénale causée par le blocage de l'anse afférente.

« Œdème de la bouche d'anstomose le septième jour, chez un malade qui s'apprêtait à quitter la clinique. L'oblitération complète de l'estomac impo-

sait le lavage et la temporisation. Nous crûmes bon de réintervenir ce qui causa un désastre.

« Hémorragie tardive foudroyante le 30^{me} jour chez un malade guéri. L'autopsie révéla que la gastroduodénale qui avait été coupée et liée était béante dans la lumière duodénale, le caillot ayant été digéré.

«Les résultats éloignés sont excellents, tous les malades que nous avons revus allaient très bien ayant repris du poids, même ceux chez lesquels on avait fait une exclusion.

« Nous avons cependant observé, un cas d'ulcère récidivant dont voici l'observation :

Le malade âgé de 35 ans environ avait eu en 1928 une gastroentérostomie postérieure transmesocolique pour ulcère de la lance antérieure du premier duodénum. En 1939, soit 11 ans après, il vient nous consulter disant qu'après avoir été soulagé pendant 2 ans, il a recommencé à souffrir et qu'actuellement les douleurs sont très violentes. On fait le diagnostic d'ulcère peptique ce qui est confirmé à l'intervention et on pratique une large gastrectomie mais l'anse jejunale étant inutilisable, on fait une résection suivie d'une anastomose en Y. Six mois après, le malade revint se plaignant à nouveau disant qu'il s'était remis à souffrir aussitôt après la sortie de l'Hôpital. On intervient une troisième fois et on trouve deux volumineux ulcères face à face sur les parois de la bouche, gros comme des pièces de 50 centimes. On fait une nouvelle gastrectomie pourtant il ne restait

pas beaucoup d'estomac, mais on supprime l'Y et ayant fermé le petit moignon gastrique on fait une gastroentérostomie antérieure.

« Le malade est bien pendant 9 mois, puis il revient se plaignant encore. On réintervient pour la 4^{me} fois, et on trouve encore dans le tout petit moignon gastrique deux énormes ulcères face à face. On fait alors une gastrectomie totale, suturant bout à bout l'œsophage à l'intestion grêle. Malheureusement l'œsophage était friable et les sutures ne tinrent pas. Une fistule survint le 2^{me} jour et le malade mourut. Nous aurions été curieux de voir s'il se serait produit un nouvel ulcère peptique. Ce qui est frappant dans ce cas, c'est la rapidité avec laquelle se formèrent les ulcères, et la dimension qu'ils atteignirent en peu de temps. Leur aspect atone était également bien particulier. En tous cas, c'est la seule fois que nous ayons vu un ulcère peptique après gastrectomie, et si nous n'avons pas revu tous nos opérés, nous avons beaucoup de raisons de penser que la plupart d'entr'eux seraient revenus s'ils en avaient besoin ».

Les Ulcères Peptiques

Il n' a été opéré que 26 ulcères peptiques après gastroentérostomie en 10 ans à l'Hôpital Sadiki, chiffre assez important, mais qui est inférieur au nombre des ulcères peptiques étant donné le nombre de malades qui refusent la seconde intervention.

Les malades reviennent en général parce que quelques mois après leur première intervention, ils recommencent à souffrir et les douleurs sont toujours plus marquées qu'avant et surtout elles sont continues.

Souvent, ils reviennent aussi pour hémorragies abondantes. Sur les 26 cas opérés, dix-sept ont été traités par gastrectomie.

Les neuf autres cas d'ulcère peptique ont été traités par la résection, suivie d'une deuxième gastro-entéro anastomose.

Parmi les cas guéris, un des malades a été revu 3 mois après la seconde intervention. Il continuait à souffrir et l'examen radiologique avait montré chez lui une stase totale dans l'estomac avec imperméabilité pylorique et de la bouche artificielle.

Un autre a dû être gastrectomisé par la suite pour 2^{me} récidive d'ulcère peptique.

Le docteur Demirleau a opéré 15 ulcères peptiques après gastroentéroanastomose et qui ont été traités par la gastrectomie large.

Sur les 15 cas, un seul est mort de shock opératoire (6,6 % de mortalité). les autres ont guéri simplement et la plupart ont été revus en excellent état.

Presque tous étaient revenus pour douleurs épigastriques, trois seulement pour hémorragies abondantes ;

En plus de ces 15 cas, il a observé deux cas de fistules gastro jéjunocolique. Il s'agissait d'un homme et d'une femme, tous deux en très mauvais état. Il eut tort de faire une large gastrectomie en un temps et les deux malades moururent ; l'un, le deuxième jour de shock opératoire. l'autre, le huitième jour de péritonite lente. Il pense à la suite de Lœwy qu'il est préférable, dans ces cas, de procéder en deux temps et de commencer par supprimer les fistules et la bouche, puis de faire la gastrectomie large dans un deuxième temps quand l'état général le permet.

Les Ulcères Perforés

Les ulcères perforés s'observent assez souvent en Tunisie. Ils deviennent plus fréquents surtout à la fin de la période du Ramadan où au jeune prolongé de la journée, succèdent les repas copieux et multiples de la nuit.

Les malades arrivent en général à une période tardive de la perforation et plusieurs d'entr'eux sont déjà en pleine péritonite.

Nous n'avons pas trouvé mentionnées, les heures de perforation dans un assez grand nombre d'observations de l'Hôpital, ce qui est regrettable car il nous a été impossible d'établir un horaire moyen entre l'heure de la perforation et l'heure de l'intervention. Sur 66 cas d'ulcères perforés opérés en 10 ans, deux étaient en pleine péritonite généralisée et on s'était contenté chez eux de drainer le ventre.

Un seul ulcère perforé a été traité par la gastrectomie et a guéri.

Chez 24 on a fait une suture suivie de gastroentérostomie et les 39 restants, ont été traités par la simple suture. Sur les 64 opérés (nous n'avons pas compté les deux cas de péritonite pour lesquels on n'a fait qu'un drainage) il y a eu 27 décès, soit 42 % de mortalité.

Malheureusement tous les malades guéris n'ont pas été revus et nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur l'évolution de leur maladie.

Mais nous relevons dans l'article que vient de publier le Docteur Demirleau, le cas de 6 malades qui avaient des ulcères perforés, suturés et qui ont été réopérés par lui.

Ces 6 exemples nous montrent combien la suture est un moyen médiocre dans le traitement de l'ulcère perforé.

Dans un premier cas, 6 mois après la suture, il trouva un nouvel ulcère situé à 2 cm. au-dessous du premier;

Un autre cas souffrait depuis la perforation, datant de 10 ans ; à la deuxième intervention il a trouvé un autre ulcère situé sur la face pancréatique du duodénum ; un 3^{me} cas avait également un ulcère autre que celui qui s'était perforé.

Tous ces faits semblent confirmer ce qui est généralement admis : que les ulcères perforés guérissent mais que le processus ulcéreux persiste, provoquant une autre perforation et justifiant ainsi la gastrectomie.

En effet, la gastrectomie dans le traitement de l'ulcère perforé offre des résultats immédiats meilleurs que la suture et des résultats éloignés, bien supérieurs.

Sur 9 cas d'ulcères perforés traités par la gastrectomie, le Docteur Demirleau rapporte les résultats suivants :

Les six premiers cas, vus dans les premières heures furent tous guéris y compris un qui était à la 16^{me} heure avec du pus dans le ventre et des fausses membranes ; le 7^{me} était à la 21^{me} heure, il avait une péritonite et mourut le 3^{me} jour ;

Le 8^{me} était à la 34^{me} heure, et bien qu'en pleine péritonite, il avait encore un bon état général ; il mourut le lendemain.

Le 9^{me} était en perforation depuis 8 heures ; il guérit sans incidents.

Dans aucun cas, il n'avait drainé le Douglas ; il employait un simple saupoudrage à l'exoseptoplix

après aspiration aussi complète que possible de l'épanchement péritonéal à l'aide de l'aspirateur électrique.

Les résultats éloignés ont été excellents. Les sept malades guéris, dont les premiers remontent à 4 ans, se déclarent exempts de tous symptômes et ont une vie tout à fait normale.

Tous ces malades ont été endormis au cyclopropane qui est l'anesthésique idéal, surtout dans ces cas d'urgence où ils ne sont pas préparés.

Chapitre III

Le Cancer de l'Estomac

Il n'y en a pas beaucoup en Tunisie. En 10 ans, il n'a été opéré que 25 cas à l'Hôpital Sadiki. Le diagnostic de cancer était porté d'après l'aspect macroscopique de la tumeur : rarement il a été fait des prélèvements en vue d'un examen histologique. Or, ceci a une grande importance car souvent il existe des ulcères géants qui s'accompagnent d'une grosse prolifération inflammatoire, d'adhérences et qui risquent d'être pris pour des cancers. Quoiqu'il en soit, les 25 cas trouvés étaient ainsi répartis :

Cancers pyloriques : Six traités par gastro-entero-anastomose, deux décès ;

Cancers de l'estomac : 19 dont 8 traités par gastro-enterostomie avec 4 décès ; 7 par gastrectomie avec 2 décès et les 4 autres étaient jugés inopérables à la suite d'une laparotomie exploratrice.

Dans les observations du Docteur Demirleau, nous avons relevé huit gastrectomies pour cancer gastrique avec 4 décès (2 de shock opératoire et 2 de déhiscence des sutures) et 4 guérisons sur des malades en très mauvais état, dont une gastrectomie totale.

Bien que les résultats de la gastrectomie pour cancer gastrique paraissent moins satisfaisants que ceux obtenus pour ulcère, il n'en demeure pas moins vrai que la gastrectomie large représente dans le traitement de cette maladie la thérapeutique curative, alors que la gastroenterostomie n'est qu'un procédé palliatif. Il faut pouvoir la faire précocement et pour celà, il faudrait que les malades viennent consulter plus tôt. Or, en milieu indigène les malades ne viennent jamais se faire examiner alors que la maladie est à son début. Il faut qu'ils souffrent, il faut qu'ils aient une hématemèse abondante, ou une sténose pylorique importante pour qu'ils se décident à aller voir un médecin. Malheureusement, il est alors trop tard pour obtenir de bons résultats même avec la gastrectomie et c'est pour cette raison que le pourcentage de mortalité est plus élevé en Tunisie que celui qu'on publie généralement en France et qui est en moyenne de 30 %.

Chapitre IV

La Syphilis Gastrique

Les cas de syphilis gastrique sont rares en Tunisie. Nous avons cherché dans les observations de l'Hôpital, de 1931 à 1940 les quelques cas de syphilis gastrique, mais aucune d'elles n'était certaine, car il n'y avait aucune preuve histologique pour confirmer ce diagnostic. Certaines de ces tumeurs étaient étiquetées même : syphilis ou tuberculose gastrique, ou bien syphilis ou cancer gastrique. Ces cas avaient tous été traités par gastro-enterostomie et en général les malades reviennent au bout de quelques mois parce qu'ils recommencent à souffrir comme avant l'opération.

Nous savons que le diagnostic de la syphilis gastrique est très difficile ; que la maladie peut se présenter sous différentes formes. Dans la littérature, nous avons trouvé décrites les formes suivantes : gastrite diffuse syphilitique, ulcère, néoformation gommeuse dite type pseudocancéreux, estomac biloculaire par cicatrice, sténose du pylore, linite plastique syphilitique et enfin on a décrit des cas d'ulcère de l'estomac dans la syphilis congénitale.

Nous avons trouvé un cas de linite plastique syphilitique. Inutile de dire que l'on intervint avec le diagnostic de cancer gastrique.

Voici l'observation de ce malade :

Hassen ben Boubaker, 26 ans, est admis à l'Hôpital le 11 Décembre 1940 pour des douleurs épigastriques.

Rien à signaler dans les antécédents du malade.

Le début de la maladie remonte à un an environ ; il était caractérisé par des douleurs au niveau de l'épigastre irradiant parfois vers l'hypochondre gauche. Les douleurs n'ont pas d'horaire fixe. Elles sont soulagées par des vomissements spontanés après les repas. Il aurait eu deux hématemèses, mais pas de mœlena ; constipation opiniâtre. Le malade déclare avoir beaucoup maigri. L'examen du malade montre un ventre incurvé en bateau, souple. La palpation réveille une douleur au niveau du creux épigastrique. Il n'y a pas de clapotage à jeûn.

L'examen des autres viscères, foie, rate, cœur, poumons, ne donne rien de spécial à signaler. La formule leucocytaire est normale ; la formule globulaire montre une légère anémie à 3.800.000 G R avec 70 % d'hémoglobine. Il n'a pas été fait de réaction sérologique.

La radiographie donne les résultats suivants : Poumons clairs, hiles marqués, transit œsophagien normal, estomac vertical, petit, hypertonique. Les contractions sont vives et accélérées. La grande courbure est irrégulière au niveau de la région fundique (petites encoches multiples). Ces irrégularités sont constantes. Douleur nette à la palpation au niveau

de cette région. Le bulbe s'injecte bien et il est régulier. Retard à l'évacuation.

Le 20 Décembre 1940, le Docteur DEMIRLEAU pratique chez ce malade une gastrectomie pour cancer gastrique dont voici le compte rendu opératoire :

Cancer de la partie moyenne de l'estomac infiltrant la face postérieure et les 2 courbures, sans adhérence aux organes voisins. Décollement colo épiploïque. Libération, section et suture du duodénum. Ligature de la coronaire extrêmement haute car la petite courbure est infiltrée très haut. Resection gastrique large puisqu'on n'est qu'à un centimètre de l'œsophage. On ne laisse finalement qu'une toute petite partie de la grosse tuberosité. Les parois gastriques sont infiltrées et les sutures coupent. Suture en deux plans. Gros cat gut sur l'aponévrose renforcée de 2 fils de soie. Fil de lin sur la peau.

L'examen histologique d'un fragment de la tumeur a donné le résultat suivant : Tissu fibreux dense de la sous muqueuse avec infiltration lymphocytaire. Lymphocytes nombreux disposés en manchons périvasculaires. Lésions importantes endovasculaires ; syphilis probable.

Les suites opératoires ont été assez bonnes. Le malade est sorti guéri ; on lui a fait suivre un traitement antisyphilitique.

Ainsi donc cet exemple nous montre que devant un tableau clinique d'une affection gastrique, nous devons penser à la possibilité d'une syphilis gastrique, car celle-ci peut apparaître sans symptômes

caractéristiques. La réaction de Bordet Wassermann doit être pratiquée systématiquement chez tous les malades présentant un syndrome gastrique. C'est ce que nous faisons actuellement dans le service en même temps que nous cherchons chez ces malades les stigmates de syphilis. Si un malade présente une réaction sérologique positive, nous lui faisons suivre un traitement antisyphilitique à l'iodure de potassium, puis au novar et ce malade n'est pas opéré alors même que les signes radiologiques montrent chez lui l'existence d'une stenose pylorique. Ce n'est que dans les cas où les signes radiologiques persistent et où la faiblesse générale devient de plus en plus marquée que l'on pratique la gastrectomie suivie d'un traitement antisyphilitique.

Chapitre V.

La Tuberculose Gastro-duodénale

La tuberculose gastro duodénale semble encore plus rare que la syphilis gastrique en Tunisie. De temps en temps nous trouvons mentionné dans les observations de l'Hôpital Sadiki un cas de tuberculose gastro duodenale probable, mais sans confirmation histologique : cette année nous avons eu la chance de rencontrer presque coup sur coup deux cas authentiques de tuberculose gastro duodenale. Leurs deux observations sont presque superposables. Chez deux sujets relativement jeunes, évolue depuis peu de temps un syndrome abdominal, caractérisé par des douleurs continues, exacerbées par la prise d'aliments et légèrement calmées par les vomissements. La radio revela dans un cas une sténose gastrique et dans l'autre cas un début de sténose avec suspicion d'ulcère duodenal. Dans les deux cas on était intervenu avec le diagnostic d'ulcus duodenal ou d'adénopathie mésentrique. La constatation à l'intervention de volumineuses adénopathies avec caséification de certains ganglions et dans un cas, la présence de granulations sur le péritoine, a mis

sur la voie du diagnostic confirmé ultérieurement par l'examen histologique.

Quant aux suites opératoires elles ont été favorables dans un cas, mais la mort a été l'aboutissant de l'autre par lâchage des sutures et apparition d'une fistule duodénale précoce. Dans les deux cas, il a été fait une resection gastrique, il y a eu un mort et le malade guéri n'a pas été suivi. Le résultat thérapeutique est donc peu encourageant ce qui confirme les données classiques.

Voici d'ailleurs rapportées les observations de ces deux malades.

OBSERVATION I

Fatma bent Ali, 40 ans, est admise le 19 Mai 1941 pour douleurs épigastriques qui remontent à 16 mois environ.

Elle souffre tous les jours depuis 16 mois, avec des périodes où les douleurs sont moins fortes ; la prise d'aliments augmente les douleurs qui siègent au creux épigastrique et irradient vers la région lombaire. Elles sont à type de crampes.

Les vomissements sont spontanés ou provoqués, ils calment momentanément la douleur, l'appétit est conservé mais le malade s'abstient de manger par crainte de souffrir. Pas de dégoût pour les graisses. Jamais d'hématemèse ni de mœlena. Forte constipation, amaigrissement notable.

Examen : Tracé de pointes de feu anciennes au niveau du creux épigastrique. Point douloureux épigastrique à la palpation profonde. Abdomen souple, de sonorité normale.

Corde colique très marquée à gauche. Clapotage à jeûn. Foie et rate normaux. Souffle systolique se propageant vers l'aisselle et l'appendice ; Xyphoïde ; Poumons normaux.

Scopie de l'estomac : Estomac vertical, légèrement allongé, courbures régulières. Dimensions moyennes. Léger retard à l'évacuation. Déformation pyloro duodénale.

Examen de laboratoire :

Azotemie 0 g. 51.

G.R. 3.844.000

G.B. 4.250

Formule leucocytaire

52 poly.
2 cosino.
26 mono.
16 lympho.
4 pro.
5 myelo.

Temps de saignement 2'

Temps de coagulation 11'.

On porte le diagnostic clinique d'ulcère du duodénum et on intervient le 23 Mai 1941.

Incision médiane susombilicale. On trouve des adhérences sur la première portion du duodénum avec des lésions de la séreuse et quelques granulations.

La palpation montre un épaississement avec induration. On libère les courbures puis on coupe le duodénum au-dessous du pylore ; on s'aperçoit alors que les lésions duodénales sont diffuses, la muqueuse est tomenteuse et la sous-muqueuse est épaissie.

Il ne semble pas y avoir d'ulcération, on suture le duodénum avec difficulté (car les tissus coupent), mais d'une façon satisfaisante. On trouve sous le pylore et dans le pédicule hépatique de volumineux ganglions dont beaucoup sont caseifiés. Il y en a également sur la petite courbure au niveau de la coronaire.

Resection gastrique. Anastomose à la Finesterer. Fermeture sans drainage en trois plans au catgut renforcé de deux soies totales.

Anesthésie générale : Chloroforme + oxygène.

L'examen histologique d'un fragment prélevé au cours de l'intervention montre que l'épaisseur entière de la paroi est infiltrée par des nodules folliculaires du type tuberculeux. Le malade a quitté l'hôpital 20 jours après l'intervention ; son état était amélioré.

OBSERVATION II

Mohamed b. M. âgé de 33 ans, entre à l'Hôpital le 20 Décembre 1940 pour troubles dyspeptiques et douleurs épigastriques.

Ces douleurs, d'abord tardives dans leur horaire, en fin d'après-midi, réveillant le malade la nuit, sont devenues précoces, d'intensité variable sous irradiation, s'accompagnant de vomissements acides qui les calment un peu. Jamais d'hematemèses. Rien à signaler dans les antécédents.

L'examen clinique montre un abdomen souple. La palpation profonde de la région épigastrique réveille une douleur. Il y a du clapotage 6 heures après les repas. Le foie, la rate, le cœur sont normaux.

Les poumons, à l'examen clinique, ne montrent rien d'anormal.

Examen Radiologique :

Transit œsophagien normal. Beaucoup de liquide gastrique de stase (17 travers de doigt). Estomac très allongé, descendant à 4 travers de doigt au-dessous de la ligne bi-crête ; atonique, la baryte n'est pas évacuée 7 heures après l'ingestion.

Le bulbe duodénal s'injecte mal et la palpation sous écran décèle un point douloureux à son niveau. Ulcus duodénal probable.

Examens de laboratoire :

G.R. 3.441.000
G.B. 4.250
Hémoglobine 75 %.

Le 24 Décembre, intervention par le Docteur Demirleau. Incision médiane sus ombilicale. L'exploration montre de grosses adhérences au niveau du duodénum avec pancréatite très marquée. Libération du duodénum qui se déchire en pleine zône indurée, on parvient toutefois à le saturer d'une façon relativement satisfaisante mais le manque d'étoffe oblige à ne faire que deux plans de suture ; c'est la raison pour laquelle on est dans l'obligation de drainer. Il existe en outre de nombreux ganglions dans le mesentère, dont plusieurs sont caséeux, au niveau de la coronaire stomachique, il y a un grand nombre de ganglions qui font hésiter un instant sur la possibilité d'un ulcère haut situé. Quelques uns de ces ganglions sont également caseifiés. Resection gastrique et anastomose à la Finesterer. Gros drain de cellophane au contact du duodéanum. Paroi au catgut renforcé de 3 gros fils de soie. Fil de lin sur la peau. Anesthésie générale au chloroforme + oxygène.

L'examen du fragment prélevé ne montre pas d'ulcère ; par contre, il existe une tuberculose folliculaire avec gastrite subaiguë.

L'examen d'un ganglion montre une hyperplasie réticulo endothéliale avec ilôts à plusieurs noyaux de cellules géantes ; le malade décédé par lachâge des sutures et apparition d'une fiscule duodénale.

Nous avons trouvé dans la littérature, très peu de cas de tuberculose gastrique.

Dans les bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris du 9 Mai 1941, Noel Fiessinger, Gaultier *et* Lamotte *rapportent le cas très intéressant d'une tuberculose gastrique d'origine exogène avec image en plateau et qui se termina par la mort.*

A ce propos, ils insistent sur l'intérêt majeur de leur observation qui réside dans l'existence d'une tuberculose gastrique anatomiquement confirmée.

Enfin, il nous faut dire quelques mots de la maladie ganglionnaire :

Les malades ont un syndrome ulcéreux assez caractéristique. La radiographie semble confirmer l'existence d'un ulcère ; on intervient et on ne trouve aucune lésion macroscopique, sauf des ganglions disséminés sur les courbures gastriques et dans la racine du mésentère.

Ces ganglions n'ont rien de particulier et au début pensant qu'il s'agisait de gastrites, le Docteur Demirleau a pratiqué 13 gastrectomies pour cette affection. Aucun de ces malades n'a été soulagé par l'opération.

« Cliniquement, nous pensons à cette affection lorsque les crises douloureuses ne sont pas très typiques et lorsque les malades se plaignent de souffrir continuellement. Mais il faut la laparotomie exploratrice pour confirmer qu'il s'agit bien de ce que nous appelons la maladie ganglionnaire du mésentère ; une cinquantaine de prélèvements ganglionnaires envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique d'Alger ont montré à chaque fois, de l'hyperplasie germinatice et réticulaire à tendance sclé-reuse, sans signification spécifique ; souvent, il y avait présence d'eosinophiles. Une fois on a trouvé des ganglions caseifiés et nettement tuberculeux, ce qui fut confirmé par l'histologie. On a prélevé des fragments de l'estomac du duodénum, de l'intestin

grêle et même de l'appendice sans qu'aucune des coupes n'ait montré de lésions définies.

On a prélevé de nouveaux ganglions qu'on a envoyés à l'Institut Pasteur de Tunis où, broyés et inoculés au cobaye, ils ont donné un résultat négatif.

Les malades, atteints de cette affection, gastrectomisés ou non, ont été soumis à un traitement antituberculeux ; ils ont été améliorés en particulier par les ultra-violets. Nous avons tenu à signaler ce syndrome particulier caractérisé par la présence de ganglions mesentriques sans lésion organique visible. S'agit-il là d'une maladie particulière ou d'une forme de maladie de Besner et Boeck ? Nous ne le savons pas encore.

Conclusions

Les affections gastriques s'observent avec une grande fréquence en Tunisie.

Nous avons basé nos observations et calculé nos statistiques d'après le nombre de malades admis à l'Hôpital Sadiki en 10 ans (1931-1940) et d'après les observations personnelles du Docteur DEMIRLEAU.

Il en découle que l'ulcère gastro-duodenal joue un rôle prépondérant dans cette pathologie gastrique. Il est fréquent chez l'homme et rare chez la femme (12 %). Il siège le plus souvent sur le duodénum, au niveau de sa face supérieure. Il s'accompagne dans la plupart des cas, de réaction pancréatique et de sclérose périulcéreuse qu'explique le stade tardif auquel les malades consentent à se faire opérer.

L'ulcère pylorique et l'ulcère de la petite courbure sont rares.

Parmi les causes étiologiques que l'on peut invoquer, dans cette affection, le régime alimentaire du pays joue un rôle important.

L'influence des glandes sexuelles et surtout de l'hormone folliculaire a été invoquée avec juste rai-

son dans la pathogénie de l'ulcère gastrique. L'injection de folliculine à haute dose a donné des améliorations et même des guérisons dans le traitement de certains ulcères.

Le cancer gastrique s'observe rarement en Tunisie et rien n'explique encore, d'une façon satisfaisante, la rareté de cette affection.

Par contre, on voit souvent des tumeurs pancréatico duodénales qui ont un aspect macroscopique de tumeurs malignes et qui ne sont en réalité que des ulcères géants avec réaction inflammatoire importante.

Lorsque le cancer existe, il n'est vu la plupart du temps par le chirurgien qu'à un stade assez avancé de son évolution ; c'est pour cette raison que la gastrectomie large doit être le seul traitement à lui opposer, car elle seule donnera au malade des chances de guérison. La gastro entérostomie n'est, dans ces cas, qu'un moyen palliatif de faible secours.

Il existe quelques rares cas de syphilis et de tuberculose gastriques en Tunisie. Leurs symptomatologies se confondent avec celle de l'ulcère banal et leurs diagnostics cliniques sont souvent impossibles à faire. La radiographie a rendu de précieux services, mais elle a besoin d'être complétée par les examens de laboratoire. Dans les cas que nous avons rencontrés nous avons pris la syphilis gastrique pour un cancer de l'estomac et la tuberculose duodénale pour un ulcère. Seul l'examen histologique a tranché la question.

La gastrectomie, pratiquée dans les deux cas, n'a pas donné d'excellents résultats en ce qui concerne la tuberculose duodénale. Elle a amélioré le malade atteint de syphilis gastrique. Par contre elle demeure le traitement de choix de l'ulcère gastro-duodénal qui est l'affection la plus répandue en Tunisie.

La gastrectomie redoutée pour les « ulcères dits tunisiens », c'est-à-dire pour ces anciens ulcères duodénaux accompagnés de sténose pylorique, de réactions inflammatoires et pancréatiques importantes a donné ses preuves.

En effet, l'expérience pratiquée sur des centaines de malades a montré qu'elle n'est pas plus dangereuse que la gastro entéro stomie et que son coefficient de mortalité n'est pas plus élevé.

Elle assure, dans la guérison définitive, une garantie que l'on ne peut pas escompter de la gastro entérostomie.

D'abord, elle met à l'abri de l'ulcère peptique, complication redoutable qui s'observe avec fréquence à la suite de la G.E.A. Elle permet aux malades de ne pas suivre de régime spécial, ce qui doit compter beaucoup en Tunisie, où les gens ne peuvent pas s'astreindre à une rigueur alimentaire.

Enfin, elle débarrasse le malade de son ulcère et le met à l'abri des récidives, de la perforation et des hémorragies.

La gastrectomie reste aussi le traitement de choix dans l'ulcère perforé récent où la suture, même suivie de gastro entérostomie, n'a donné que des résultats médiocres.

Bibliographie

ADRIANOPOLOS A. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

AMELINE A. — Douze gastrectomies pour ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. *Mémoires de l'académie de chirurgie, 25 juin* 1941.

BROCQ. — *Mémoires de l'académie de chirurgie,* 1936 *pages* 1061, 1076.

BROCQ et ABOULKER. — *Presse médicale, fév.* 1937.

BRUN et DELASTRE. — Notes sur le cancer en milieu indigène en Tunisie. *Revue Tunisienne des sciences médicales, mars* 1925.

BRUN. — *Paris Médical du 29 Janvier* 1927.

CARAYANOPOULOS et ALVISATOR. — A propos de 234 cas de resection large de l'estomac pour ulcère gastro duodénal. *Presse Médicale,* 14 Janvier 1939.

CARNOT P. — Ulcères gastriques expérimentaux. *Presse Médicale du 3 Juin* 1939.

COSTANTINI et LACROIX. — Folliculine et ulcère du duodénum. *Algérie Médicale, Octobre* 1938.

COSTANTINI. — Essai sur la météoropathologie chirurgicale en Afrique du Nord. *Algérie Médicale, Octobre* 1937.

CHIRAY et L. JUSTIN BESANÇON. — Les ulcères gastriques expérimentaux chez le chien. *Paris Médical, Mai* 1941.

DAVICOVITCH. — La syphilis gastrique. *Presse Médicale,* 18 *Février* 1939.

DEMIRLEAU J. — Les affections gastriques en Tunisie et la gastrectomie. Les ulcères de la deuxième portion du duodénum. Archives des maladies de l'appareil digestif T. 2 N° 8 1939. « A propos de la gastrectomie dans les ulcères duodénaux des musulmans tunisiens ». *Société des sciences médicales de Tunis, Novembre* 1936.

FABRE et GRIMOT. — Quatre cas de perforation ulcéreuse traités par la gastrectomie d'emblée. *Presse Médicale,* 18 *Février* 1939.

FIESSINGER, GAUTHIER et LAMOTTE. — Tuberculose gastrique d'origine exogène avec image radiologique en plateau. *Bulletin de la société médicale des hôpitaux de Paris, mai* 1941.

GIRARD. — Le cancer en Tunisie. *Thèse de Lyon,* 1912.

LEDRAIN. — De la sténose pylorique consécutive à l'ulcère de l'estomac chez l'arabe. *Thèse, Paris* 1909.

OBERTHUR. — La gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

Journal de Chirurgie. — Tome 57, N° 3. Le cancer de l'estomac.

MATHIEU et TUFFIER. — Traité des maladies de l'estomac et de l'œsophage.

MOURE, ARSOUIE et BEAUCOUR. — Réflexions à propos de 121 gastrectomies. *Académie de chirurgie, Tome* 63, *N°* 32, *Décembre* 1937.

REVUE DE CHIRURGIE. 1935. — Contributions à l'étude de l'ulcère peptique expérimental chronique. Rôle des Parathyroïdes.

RONCHOT. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum chez les arabes de Tunisie. *Thèse de Lyon,* 1924.

TCHERLY M. — Contributions à l'étude de la répartition géographique et ethnique du cancer en Afrique du Nord et spécialement en Algérie. *Thèse d'Alger,* 1930.

TISON F. — Notions nouvelles sur la pathogénie et le traitement de l'ulcère gastro duodénal. *Revue Tunisienne des sciences médicales, décembre* 1935.

SANDWEISS et SALZSTEIN. — Relation entre les hormones sexuelles et l'ulcère peptique. *American Journal of Digestive Diseases, To.* 6 n° 1, 3.-39.

VU :

Le Président de Thèse,
COSTANTINI.

Le Doyen,
LEBON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Alger, le 15 Décembre 1941.

Le Recteur,
HARDY.

Imprimerie S. CRESCENZO 8, Rue Drouillet - ALGER Nord-Africaine